Jardines del Apogeo

PF-F-05 V6

ORDÉN DE SERVICIOS SALAS

Nro. ORDEN: 0127144 **TIPO DE SERVICIO:** S. DIRECTO SECR-INT-SOCIAL **FECHA ACTUAL:** 10/06/2022 **FECHA SERVICIO SALA:** 9/06/2022 **FECHA INGRESO LAB:** 9/06/2022 **SOLICITANTE:** BAQUERO MUÑOZ SINDY JOHANNA **TIPO ID:** C.C. **ID:** 1013652977 **PARENTESCO:** Amigo/a **TEL:** -3217313573 --3002786926 **DIRECCIÒN:** CL 11 A SUR 0 ESTE 03-SANTA ANA-SAN CRISTOBAL-Bogotá **ASESOR COMERCIAL:** GERENCIA

DATOS DEL FALLECIDO

NOMBRE: SANCHEZ MEDINA, MANUEL **TIPO ID:** C.C. **ID:**1013611186 **SEXO:**Masculino **FECHA DEFUNCIÒN:** 9/06/2022 **CAUSA:** NATURAL **LUGAR:**BOGOTA **FECHA NACIMIENTO:** 15/05/1947 **EDAD:** 75 **ESTADO CIVIL:** SOLTERO(A) **ACTA DEFUNCIÒN:** 73200476-8 **DIRECCIÒN DOMICILIO: CEMENTERIO: FECHA SALIDA:** 11/06/2022 **HORA:** 13:30 **EXEQUIAS:** DIRECTO AL CEMENTERIO **HORA:** 13:30
INHUMACION: FECHA: [Fecha Salida cementerio]
LUGAR DE CREMACIÓN: [Lugar cremación Extinto] **FECHA CREMACIÒN: HORA CREMACIÒN :**

DETALLE DEL SERVICIO

TOTAL SERVICIO: 1589248

COFRE SECRETARIA DE INTEGRACION

Descripción	Cantidad	Articulo
IMPUESTO ECSA	1	1001073
TRASLADO DEL CUERPO	1	1001003
PRESERVACION DEL CUERPO	1	1001001
TRAMITES LEGALES, DE RIGOR Y ECSA	1	1001002
BOVEDA * 4 AÑOS SIN DESTINO FINAL	1	1001075
COFRES ESPECIALES ADULTO SDI	1	4101054

Yo, BAQUERO MUÑOZ SINDY JOHANNA con C.C. Nro.1013652977, hago constar que los datos enunciados referentes a SANCHEZ MEDINA,MANUEL son verídicos y me hago responsable de cualquier error u omisión que aparezca en dicha información. Jardines del Apogeo S.A no se responsabiliza por el servicio de transporte de acompañantes contratado por terceros, únicamente por el servicio contratado directamente

En constancia de aceptación del presente documento firman las partes:

CLIENTE
BAQUERO MUÑOZ SINDY JOHANNA
C.C. 1013652977

NOMBRE COLABORADOR - JARDINES DEL APOGEO

Autorización de recolección y tratamiento de datos y personales: Autorizo de forma expresa, informada y voluntaria a JARDINES DEL APOGEO S.A. para que recolecte, reproduzca, transfiera, use, almacene y/o suprima los datos personales que le he suministrado tales como nombre, apellidos, número de documento de identidad, dirección y los datos registrados en este formato, con el fin de que sean utilizados eficientemente en la comunicación relacionada con los servicios, proveer los servicios y productos adquiridos, gestionar el cumplimiento de las obligaciones suscritas, realizar las evaluaciones respecto a la calidad del servicio. (Ley 1581 de 2012.)

Retracto y Reversión del pago: EL CONTRATANTE podrá ejercer el derecho de retracto dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción del presente contrato; en el evento en que se haga uso de la facultad de retracto, se resolverá el contrato y se reintegrará a EL CONTRATANTE todas las sumas pagadas sin que haya lugar hacer descuentos o retenciones por ningún concepto en los términos y condiciones previstos para ello en las disposiciones legales Vigentes.
PARAGRAFO 1: se deja expresa constancia que el derecho de retracto aplica en los contratos de compra de bienes o servicios mediante sistemas

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

La salud es de todos | Minsalud

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.°.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 73200476 - 8

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Departamento: Bogota — Municipio: Bogota

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
- [x] Cabecera municipal
- [ ] Centro poblado: ____ (Inspección, corregimiento o caserío)
- [ ] Rural disperso

TIPO DE DEFUNCIÓN
- [ ] Fetal
- [x] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
2022 Año
05 Mes
09 Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
07 Hora 10 Minutos
- [ ] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO
- [x] Masculino
- [ ] Femenino
- [ ] Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Primer apellido: Sanchez — Segundo apellido: medina
Primer nombre: manuel — Segundo nombre:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
- [ ] Registro civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Sin información
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Otro: ¿Cuál? ____

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
1013611186

PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [x] Natural
- [ ] Violenta
- [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO
- [ ] 1. Indígena — ¿A cuál pueblo indígena pertenece? ____
- [ ] 2. Gitano(a) o Rrom
- [ ] 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- [ ] 4. Palenquero(a) de San Basilio
- [ ] 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- [x] 6. Ningún grupo étnico

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Primer apellido: Castellanos — Segundo apellido: Hernandez — Primer nombre: Angel — Segundo nombre: Alirio

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
1101174907

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
- [x] Médico
- [ ] Enfermero(a)
- [ ] Auxiliar de enfermería
- [ ] Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL
1101174907

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: Bogota
Municipio: Bogota
2022 Año 06 Mes 09 Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Angel Alirio Hernández
Médico General
R.M. 1.101.174.907
U.P.I.C.

Impreso en el GIT Taller de Ediciones del DANE. Forma DANE D-630. 2019

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.611.186

SANCHEZ MEDINA

APELLIDOS

MANUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1947

VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

09-ABR-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00150442-M-1013611186-20090213 0009975047A 2 25792562



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1994**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-OCT-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00733158-F-1013652977-20150813 **0045**02455A 1 1293503359

ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.652.977**
BAQUERO MUÑOZ
APELLIDOS
SINDY JOHANNA
NOMBRES

FIRMA



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA D.C.

10/06/2022 10:51:32

LICENCIA DE INHUMACION No: 19584

CERTIFICADO DE DEFUNCION No: 73200476
2022

Se concede Licencia a: JARDINES DEL APOGEO
En calidad de: TRAMITADOR - MAURICIO //MAGDAS

Con Fecha (dd/mm/aaaa): 10/06/2022

FALLECIDO:

Nombre:	**SANCHEZ MEDINA MANUEL**	**Nacionalidad:**	COLOMBIA
Fecha fallecimiento:	09/06/2022	**Hora:**	7 : 10
Identificación:	CC	**Número:**	1013611186
Género :	MASCULINO	**Edad:**	75 AÑOS
Muerte:	NATURAL	**Estado Civil:**	SIN INFORMACION
Régimen:	IGNORADO	**Niv. Educativo:**	SIN INFORMACIÓN

Certificado Expedido Por : CASTELLANOS HERNANDEZ ANGEL ALIRIO
PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO

Cementerio: CEMENTERIO APOGEO -

Aprobado por

DORA DUARTE PRADA
Subdirectora de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Elaborado por: MYSUAREZ

De conformidad con el Decreto 201 de 1996, la Resolución 5194 de 2010 y las disposiciones que los modifiquen, adicionen o sustituyan el administrador del cementerio no permitirá la INHUMACIÓN de cadáveres sin la presentación previa de esta licencia que deberá conservarse cuidadosamente en el archivo de la administración del cementerio.

DE BOGOTÁ D.C
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FORMATO SOLICITUD Y VERIFICACIÓN SERVICIO FUNERARIO

03/12/2019
Página: 1 de 1

NUMERO DE SOLICITUD [ ] NUMERO DE FICHA SIRBE [0243]

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

Manuel Sanchez Medina
Nombres y Apellidos

C.C. — Tipo de documento
1013611186 — N° de documento

75
Edad (Años)

Carrera 16 No. 48-42 (casa 1 piso)
Lugar de ubicación del cuerpo

IDENTIFICACIÓN DEL TRAMITANTE

Sindy Johanna Baquero Muñoz
Nombres y Apellidos

C.C. — Tipo de documento
1013652977 — N° de documento

No Pariente
Parentesco

Calle 11A S. No. 0 este 03 sur
Dirección

3217313573 - 3002786926 (pareja de persona tramitante)
Teléfono

SERVICIOS	SOLICITUD	VERIFICACIÓN
	Fecha: 09/06/22	Fecha:
1. Cofre o ataúd	✓	
2. Velación		
3. Arriendo de bóveda	✓	
4. Cremación		
5. Traslado del cuerpo dentro de la ciudad	✓	
6. Arreglo del cuerpo	✓	
7. Arreglo floral		
8. Transporte de acompañantes		
9. Cinta membreteada		
10. Tramites y diligencias	✓	
11. Servicio religioso o Exequias		
12. Carteles		
13. Autoservicio de cafeteria		
14. Urna de cenizas		
15. Oratorio		
16. Tramite del registro extemporáneo		
17. Transporte adicional de acompañamiento en el distrito capital		
18. Traslado del cuerpo a otro lugar diferente del sitio de velación		
19. Impuesto de inhumación parque privado	✓	
20. Cofre especial (restario)		
21. Traslado del cuerpo a alguna zona del pais mediante via terrestre por kilómetro de distancia en ruta		
22. Traslado del cuerpo a alguna zona del pais mediante Transporte aéreo		

SOLICITUD DEL SERVICIO

Félix Roberto Pena Bayaya
Nombre y firma del profesional

1013652977
Firma del tramitante

Obervaciones:

VERIFICACIÓN DEL SERVICIO

Félix Roberto Pena Bayaya
Nombre y firma del profesional

1013652977
Firma del tramitante

Fecha destino final: _____ Lugar de destino final: _____

Obervaciones:

Nota: Firmo a conformidad la autorización de los servicios funerarios concertados con el profesional

oratorio.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | BOGOTÁ

ENCUESTA SATISFACCION SERVICIOS SDIS

Jardines del Apogeo
•Vivir •Sentir •Trascender

Código: PS-F-65	
Versión: 01	
Página: 01 de 01	
Fecha de Aplicación: 19/05/2022	

FECHA: Día | Mes | Año

DATOS DEL SOLICITANTE EL SERVICIO

NOMBRES: Sindy Johanna
APELLIDOS: Bagüero Muñoz
C.C. [X] C.E. [ ] OTRO :
NUMERO DE DOCUMENTO: 1013652477 DE: TEL:

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

NOMBRE: Manuel
APELLIDOS: Sanchez Medina
DESTINO FINAL: INHUMACIÓN [X] CREMACIÓN [ ] TRASLADO DE CUERPO [ ] FECHA FALLECIMIENTO: ____/____/____

Para Jardines del Apogeo es importante evaluar la oportunidad, atención y calidad del servicio prestado en atencion al convenio establecido con la Secretaria Distrital de Integracion Social; por lo cual solicitamos responder las siguientes preguntas:

a). OPORTUNIDAD DEL SERVICIO. Marque con una X la opción que usted considere. En caso de marcar en la casilla NO, escriba la observación

1	Fue atendido de forma oportuna por el Asesor(a) de Jardines del Apogeo			
2	Jardines del Apogeo otorgo los servicios autorizados por la SDIS.			
3	Fue orientado por el Asesor(a) de Jardines del Apogeo sobre el proceso para la prestación del servicio (lugar - horarios)			

b). ATENCIÓN Y CALIDAD DEL SERVICIO. Marque con una X la opción que usted considere. En caso de marcar la casilla MALO, escriba la observación.

1	Atención brindada por parte del personal de Jardines del Apogeo					
2	Disposición del asesor(a) de Jardines del Apogeo frente a sus dudas o inquietudes					
3	Limpieza de las instalaciones					
4	Calidad de los servicios ofrecidos: (cofre, Transporte, arreglo floral, cinta membretada)					

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL SERVICIO:

OBSERVACIONES:

Firma Solicitante del Servicio
Nombre: Sindy Bagüero Muñoz
ID: 1013652477.